

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1^{er} Mai 1895, à 1 heure

PAR

MAURICE-HENRI-CONSTANT WINTREBERT

Né à Lille le 4 décembre 1868.

DE

L'ABLATION DE L'UTÉRUS

DANS LES

INFECTIONS PUERPÉRALES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { MARCHAND
DELBET } *agregés.*
CHAUFFARD

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE PAUL LEMAIRE (ANCIENNE MAISON A. LANIER ET FILS)

14, rue Séguier, 14

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

260

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 1^{er} Mai 1895, à 1 heure

PAR

MAURICE-HENRI-CONSTANT WINTREBERT

Né à Lille le 4 décembre 1868.

DE

L'ABLATION DE L'UTÉRUS

DANS LES

INFECTIONS PUERPÉRALES

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND
DELBET } agrégés.
CHAUFFARD }*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE PAUL LEMAIRE (ANCIENNE MAISON A. LANIER ET FILS)

14, rue Séguier, 14

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Maladie des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
	TARNIER.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DEJERINE	MM. MARFAN	MM. RETTERER
ANDRE	DELBET	MARIE	RICARD
BALLET	GAUCHER	MAYGRIER	ROGER
BAR	GILBERT	MENETRIER	SCHWARTZ
BRISAUD	GLEYS	NELATON	SEBILLEAU
BRUN	HEIM	NETTER	TUFFIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	POIRIER, chef	VARNIER
CHARRIN	LEJARS	des trav. anat.	WEIS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS WINTREBERT

Professeur d'hygiène et vice-doyen de la Faculté catholique de médecine
de Lille.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR LÉON WINTREBERT

Médecin de l'hôpital civil de Saint-Omer.

A MA MÈRE ET A MA GRAND' MÈRE

A MES FRÈRES

A MES ONCLES ET TANTES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUILLY

Professeur agrégé
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

DE L'ABLATION DE L'UTÉRUS

DANS LES

INFECTIONS PUERPÉRALES

AVANT-PROPOS

L'infection puerpérale, autrefois si fréquente et si redoutable, qui décimait les maternités, constituant parfois de véritables épidémies, est devenue aujourd'hui une exception dans ces établissements grâce à l'antisepsie et aux progrès scientifiques. De telle sorte que la mortalité des femmes enceintes, qui atteignait le chiffre énorme de 5 0/0 dans les maisons d'accouchement et de 0,5 0/0 chez les parturientes de la ville (1), est aujourd'hui pour ainsi dire réduite à zéro dans les grandes maternités des centres où les femmes reçoivent des soins éclairés. Malheureusement, les mêmes précautions contre l'infection

(1) HERVIEUX. *Maladies puerpérales*, 1870.

manquent quelquefois aux personnes qui accouchent dans leur domicile particulier; d'un autre côté, certaines femmes arrivent à la Maternité si près d'accoucher qu'on n'a pas le temps d'intervenir avant l'accouchement pour leur donner les soins de propreté que réclamait leur état, et il devient ensuite beaucoup plus difficile de prévenir le mal.

Quelques conditions favorisent encore l'apparition des accidents, la rétention du placenta si fréquente dans l'avortement, par exemple. Il y a donc malgré tout des femmes en état d'infection puerpérale, et nous avons pu en observer, dans le cours de nos études médicales, un certain nombre de cas qu'une médication énergique n'arrivait pas toujours à guérir.

Ayant appris que notre maître, M. le D^r Bouilly, avait entrepris contre l'infection puerpérale une opération radicale, il nous a paru intéressant de rechercher ce qui avait été fait à ce propos et c'est le résultat de nos investigations que nous apportons comme travail de fin d'études.

Avant d'aborder ce sujet, c'est pour nous un devoir bien doux, de remercier les maîtres qui nous ont guidé, instruit et encouragé dans nos études médicales.

Que nos professeurs de Lille veuillent bien croire à notre respectueuse reconnaissance. M. le D^r Baltus a bien voulu nous admettre dans son laboratoire de physiologie, il fut pour nous le plus affectueux et le meilleur des maîtres, nous sommes heureux de pouvoir lui en témoigner ici nos remerciements les plus sincères.

Successivement externe aux Enfants-Assistés, dans le service de chirurgie infantile de M. le D^r Kirmisson, à l'hôpital Cochin, dans le service de gynécologie de M. le D^r Bouilly, et à la clinique médicale de l'hôpital Necker, chez le regretté D^r Peter, nous n'oublierons jamais ce que nous devons à ces maîtres éminents.

M. le D^r Bouilly a été pour nous non seulement un chef savant et sachant faire apprendre, mais un maître bon et dévoué. Nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude et de notre plus vif attachement.

Nous avons pu terminer notre instruction clinique dans les hôpitaux du Havre où nous avons passé près de deux ans. Que les chefs de service que nous y avons rencontrés soient assurés de toute notre sympathie.

M. le D^r Baelde (de Lille) fut pour nous l'ami sincère et dévoué. Qu'il nous soit permis de dire ici combien

nous le remercions de ses conseils si bons, si cordiaux; nous avons contracté vis-à-vis de lui des obligations dont nous nous souviendrons toujours.

M. le Dr Appert, que nous avons connu interne dans le service de gynécologie de l'hôpital Cochin, n'a jamais cessé d'être pour nous un ami et un guide à la fois fin et judicieux. Sa connaissance des langues étrangères nous a été particulièrement utile dans le travail que nous publions aujourd'hui; nous lui garderons toujours reconnaissance et affection.

M. Giresse, interne des hôpitaux, a été assez aimable pour nous communiquer notre sixième observation; nous lui témoignons nos remerciements les plus chaleureux.

Comment passer sous silence la vie menée côte à côte avec un frère aîné, interne des hôpitaux, mais c'est trop peu que de lui dire ici nos sentiments.

Nous nous félicitons d'avoir été l'élève de M. le Pr Pinard pendant notre stage d'accouchements; nous le prions de vouloir bien accepter l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

I

De l'infection puerpérale.

Pour justifier et poser les indications d'un traitement aussi radical que l'hystérectomie, il est indispensable de passer en revue les différentes formes cliniques sous lesquelles se présente l'infection puerpérale.

L'infection puerpérale peut affecter différents types morbides suivant que les lésions intéressent spécialement l'utérus, les annexes, ou les vaisseaux lymphatiques et les veines qui en partent. On aura donc suivant les cas la métrite, la salpingite, l'ovarite, ou la lymphangite, la phlébite puerpérales. Souvent ces phénomènes sont confondus mais l'un d'eux peut dominer la scène et attirer ainsi spécialement l'attention.

D'autre part, l'infection qui a déterminé ces troubles peut rester cantonnée dans l'utérus et ses annexes; elle peut se propager au péritoine, on a alors la péritonite puerpérale; elle peut aussi envahir tout l'organisme et donner lieu à une septicémie puerpérale à forme lente ou rapide.

Nous ne pouvons ici faire un tableau complet de ces maladies dont les formes sont extrêmement variables sui-

vant le moment de l'infection, suivant la virulence plus ou moins grande du microbe pathogène, suivant la coexistence des lésions, ou encore suivant le degré de résistance que possède la femme.

Nous insisterons surtout sur le caractère des altérations pathologiques présentées à l'autopsie.

Que l'infection soit localisée ou généralisée plusieurs symptômes sont à peu près constants ou communs dans les infections puerpérales.

Le *frisson* survenant quelques heures seulement après l'accouchement est souvent l'indice d'un état grave; habituellement il survient dans le cours de la première semaine qui suit l'accouchement. Sa durée est variable de quinze à quarante minutes; il est accompagné d'une sensation de froid à laquelle succèdent des transpirations profuses; il se reproduit quelquefois indiquant de nouvelles poussées infectieuses.

L'*élévation de température* peut être très grande.

La *douleur* varie d'une simple sensation de pesanteur dans le bas-ventre à une souffrance atroce.

L'*odeur des lochies* peut être infecte et leur quantité souvent très diminuée.

Nous croyons devoir insister ici sur l'agent infectieux qui pénétrant dans l'utérus a causé tout le mal.

On trouve dans l'utérus infecté bien des micro-organismes. Il paraît pourtant démontré depuis la thèse de Widal et les travaux de M. Labadie-Lagrave que l'infection puerpérale n'est due qu'à un seul microbe, le *streptococcus piogenes* se présentant à divers degrés de développement et de viru-

lence. Sa découverte remonte à l'année 1879 où il fut signalé par Pasteur. On a trouvé pourtant aussi dans l'utérus du staphylocoque, du bactérium coli, du vibrion septique et bien d'autres éléments à qui une part de l'infection a été attribuée.

Nous décrirons successivement les principaux types cliniques sous lesquels on range les infections puerpérales, c'est-à-dire :

- 1° La *métrite puerpérale*;
- 2° La *salpingite puerpérale*;
- 3° La *périmétrite*;
- 4° Le *phlegmon du ligament large* ou de la *fosse iliaque*;
- 5° La *péritonite généralisée*;
- 6° La *septicémie puerpérale à forme lente ou rapide*.

1° MÉTRITE PUERPÉRALE.

La *métrite puerpérale* peut présenter une gravité très variable, depuis la forme bénigne qui passe presque inaperçue, traduite simplement par un peu de malaise et quelques tranchées, mais qui peut avoir des suites éloignées très fâcheuses, jusqu'à des formes très redoutables, aboutissant après un cortège de symptômes plus ou moins longs à la cachexie ou à l'infection généralisée.

Le frisson peut faire défaut.

La température dans les cas bénins est élevée le soir et

révient le matin presque à la normale. Dans les cas graves, elle monte rapidement à 39°5, 40° et au delà sans qu'il y ait de rémission matinale importante.

La douleur est variable, localisée tout d'abord à l'hypogastre et circonscrite au voisinage de l'utérus, elle peut s'irradier dans toute la cavité abdominale. Toute pression l'exaspère. La douleur diminue ou disparaît quelquefois après deux ou trois jours de maladie bien que l'état grave persiste. Ceci devient alors du plus sombre pronostic.

Les lochies deviennent moins abondantes et présentent une odeur particulière.

Si la maladie s'aggrave les phénomènes généraux acquièrent une grande intensité.

Le ventre est distendu par les gaz qui s'accumulent dans l'intestin, la langue est sèche, la soif ardente, la respiration accélérée. Puis apparaissent des vomissements incoercibles, une diarrhée séreuse que rien n'arrête, l'amaigrissement rapide, le facies grippé, facies utérin selon l'expression d'Aran. Les extrémités sont cyanosées, la peau et les muqueuses revêtent parfois une teinte ictérique.

Les urines, presque nulles, contiennent souvent de l'albumine.

Les lochies sont horriblement fétides et peu abondantes.

Les parties génitales, surtout si elles ont été le siège de traumatismes pendant l'accouchement, sont rouges et tuméfiées, elles peuvent présenter des ulcérations grisâtres, des fausses membranes et même des plaques de gangrène.

La malade conserve longtemps sa connaissance, elle assiste

pour ainsi dire à son agonie, elle succombe soit après une période d'agitation cérébrale traduite par des cris et des mouvements désordonnés, soit après un coma souvent très court.

Au point de vue macroscopique plusieurs formes de lésions se rencontrent à l'autopsie.

L'utérus est habituellement gros, ramolli, d'une friabilité extrême qui le fait quelquefois rompre sous les doigts qui le saisissent. Sa hauteur est variable, suivant que la malade a succombé aux suites d'un accouchement ou après un avortement, et que le placenta est ou non resté dans la cavité utérine.

Les lésions peuvent intéresser à divers degrés la muqueuse de l'utérus, son tissu musculaire ou sa tunique externe.

La muqueuse utérine est parfois de couleur jaunâtre ou brunâtre, infiltrée, œdématiée, recouverte d'un liquide puriforme d'odeur infecte; c'est ce qu'Hervieux désigne sous le nom d'endométrite suppurée.

Dans d'autres cas, sous forme d'ilots disséminés en divers points de la surface interne de la matrice, mais surtout au niveau de la cicatrice placentaire, se montrent des fausses membranes. Leur couleur est variable, tantôt d'un gris blanchâtre, tantôt brunes, noires ou verdâtres suivant la nature du liquide qui les baigne; elles sont réticulées, molles, soulevées sur leurs bords, comme prêtes à se détacher, et dans ce cas découpées, dentelées et très irrégulières. Elles se décomposent parfois en plusieurs feuillets qui les

ont fait comparer à des écailles de poisson, à des lichens, à la coupe d'un gâteau de miel... Elles se laissent détacher assez facilement de la muqueuse utérine. Mais dans certains cas leur pulpe plus consistante adhère plus intimement à cette membrane. Au lieu d'affecter cette disposition insuliforme la fausse membrane peut tapisser entièrement la cavité utérine. Tel est le tableau que nous fait Hervieux de l'endométrite diphtérique.

Ces fausses membranes, d'après Cornil, ne sont que les éléments de la muqueuse en voie de nécrobiose, muqueuse infiltrée de globules de pus, de granulations grasses et où fourmillent les microbes.

Déjà dans cette forme de métrite puerpérale, le tissu musculaire est intéressé et l'on remarque une dégénérescence granuleuse des fibres musculaires de l'utérus (Léopold et Cornil).

Mayor a vu les mêmes lésions et il a constaté en outre, à la surface interne de l'utérus, un véritable exsudat fibrineux coloré uniformément en rose, qui pénétrait profondément dans l'épaisseur du tissu musculaire.

Il arrive aussi que la muqueuse est détruite dans une étendue variable; le tissu musculaire à nu s'altère, se désagrège et tombe dans la cavité utérine.

Au niveau de l'insertion placentaire, les extrémités veineuses contenant des coagulations fibrineuses verdâtres, s'ouvrent dans ce milieu putride. Les parois sont de consistance si faible qu'on déchire quelquefois l'utérus en le saisissant. On peut se demander, dit Siredey, comment avec de

pareilles lésions, si la mort ne survenait pas, la muqueuse pourrait se reconstituer?

Hervieux donne à cette métrite le nom de métrite putrescente ou nécrobiotique, et la distingue de la métrite gangréneuse, où certaines parties de l'utérus sont transformées en une matière verdâtre prête à tomber en déliquium et où la distinction d'éléments organisés devient impossible. Les plaques gangréneuses sont distinctes du reste de l'utérus et séparées par une ligne de démarcation jaune verdâtre.

Lorsque le placenta est resté dans l'utérus il participe à ces phénomènes dont il a été peut-être la cause dans une certaine mesure. Il a conservé en tout ou en partie son adhérence à la muqueuse et on ne l'enlève qu'en déchirant celle-ci; il s'écoule alors de la surface découverte du pus plus ou moins lié et d'odeur infecte. Les lésions utérines semblent surtout intéresser le voisinage de son insertion.

La couche externe de la matrice n'est pas toujours indemne d'altération, elle présente souvent des troubles vasculaires, de l'hyperhémie, de la tuméfaction diffuse ou circonscrite; nous en reparlerons lorsque nous traiterons de la lymphangite et de la phlébite puerpérale.

2° SALPINGITE PUERPÉRALE.

Il existe une corrélation évidente entre les lésions utérines et celles des annexes et, sauf dans le cas où celles-ci sont très accusées et où la métrite qui leur a donné naissance reste inaperçue, il devient très difficile de les distin-

guer. On rencontre plutôt de la métrosalpingite ou de la métrosalpingo-ovarite que de la salpingite ou de l'ovarite pures.

Les symptômes des lésions annexielles ne sont donc pas faciles à distinguer. Pourtant ici la douleur tend à s'irradier vers les lombes, la fièvre à des paroxysmes vespéraux; des frissons répétés indiquent de nouvelles poussées. La malade est souvent constipée. Si la trompe suppure et que le pus s'écoule dans le péritoine, une péritonite généralisée pourra se montrer.

Le toucher est sans grand intérêt s'il existe de la métrite. Dans ce cas, on sent surtout un col gros et ramolli, des culs-de-sac très chauds et un empatement diffus.

Si la métrite guérit laissant derrière elle la salpingite, on pourra percevoir alors la trompe doublée ou triplée de volume. Les lésions sont unilatérales ou bilatérales, elles peuvent guérir si la suppuration ne s'établit pas et que l'infection reste bénigne, sans quoi s'établit souvent une affection chronique très tenace qui ne cédera qu'au traitement chirurgical.

Anatomiquement, la salpingite puerpérale est caractérisée par une tuméfaction de la trompe qui sinueuse et bosselée présente une surface externe rougeâtre, violacée; le pavillon est tuméfié, les franges sont d'un rouge vif ou bien couvertes de traînées grisâtres indiquant l'infiltration purulente.

A l'ouverture du conduit les plis qui le tapissent sont tuméfiés, rouges, baignés d'un liquide muqueux, purulent ou même sanieux et infect. Si le conduit s'est obstrué, le

liquide est enkysté. De même l'ovaire, qui plus ou moins tuméfié peut être distendu par le pus (grosse ovarite suppurée).

3^o PÉRIMÉTRITE.

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus se traduit de diverses manières : dans les formes bénignes la douleur reste localisée aux côtés de l'utérus, elle est accompagnée d'hyperthermie et d'un léger malaise avec état nauséeux, céphalalgie sans tympanisme abdominal. Quelquefois au toucher, on sent un peu d'empatement des parties latérales. L'état fébrile dure tant que la douleur persiste, de quelques jours à plusieurs semaines sans qu'il y ait de manifestation grave, c'est la fausse péritonite de Fergusson. Il n'y a dans ces cas-là que des lésions peu appréciables, à peine un peu de rougeur et de tuméfaction péri-utérine.

Mais les vaisseaux lymphatiques, très nombreux dans le tissu utérin et les annexes, peuvent être gorgés de pus et atteindre le volume d'un stylet de trousse (Siredey) ou bien former des chapelets de petits abcès de la grosseur d'un pois.

On a alors la périmétrosalpingite qu'accompagne toujours un certain degré de pelvi-péritonite et qui souvent est compliquée d'abcès pelviens.

4^o PHLEGMONS DU LIGAMENT LARGE ET DE LA FOSSE ILIAQUE.

Les vaisseaux et ganglions lymphatiques enflammés, peuvent déterminer une vaste collection purulente dont le siège de prédilection sera soit le tissu cellulaire situé à l'insertion du ligament large, soit le tissu cellulaire de la fosse

iliaque produisant ainsi le phlegmon du ligament large ou le phlegmon de la fosse iliaque. Quelques ganglions peuvent acquérir un certain volume et suppurer. Ces sortes d'abcès coexistent quelquefois ; un certain degré de péritonite localisée les accompagne toujours. Ils peuvent regresser, mais finissent le plus souvent par s'ouvrir soit à l'extérieur, soit dans un organe voisin : l'utérus, le vagin, la vessie, le rectum. Lorsque leur évacuation complète ne se fait pas, et que les phénomènes fébriles persistent, il ne faut pas perdre de vue qu'ils sont une menacc de septicémie pour la malade.

5° PÉRITONITE PUERPÉRALE GÉNÉRALISÉE.

C'est une des plus graves complications de l'infection puerpérale. Elle est primitive ou secondaire suivant qu'elle succède à la pelvi-péritonite ou bien qu'elle envahit d'emblée tout le péritoine.

Les anciens accoucheurs croyant qu'elle était toujours consécutive à une inflammation des lymphatiques lui avaient donné le nom de lympho-péritonite (Siredey). Elle peut être produite par l'écoulement dans la cavité abdominale de pus provenant de la trompe.

Le début de la péritonite généralisée variera donc suivant son mode de production.

Lorsqu'elle est primitive elle survient brusquement dans les quatre premiers jours qui suivent l'accouchement, s'annonce par un frisson unique extrêmement violent, accompagné d'une sensation de froid. La température est élevée, le pouls fréquent, la respiration pénible et accélérée. Le

ventre devient très douloureux et d'une sensibilité telle que la malade ne supporte rien sur elle. Elle cherche à mettre les muscles abdominaux dans le relâchement, et pour cela se tient sur le dos, immobile, la tête élevée, les cuisses fléchies. La langue est sèche; la soif vive, les vomissements sont incessants, d'abord alimentaires, puis bilieux, verts, porracés. Au lieu de la constipation observée habituellement dans les péritonites, on remarque ici une sorte de diarrhée séreuse. Le facies est anxieux et prend une expression spéciale que l'on a qualifiée de facies péritonique; la dyspnée s'accroît proportionnellement à la distension du ventre qui peut être énorme; les lochies sont peu abondantes, la sécrétion lactée se tarit. La terminaison est la mort qui est due à l'intoxication de tout l'organisme et à la généralisation de l'infection.

Nous ne nous attarderons pas à décrire les lésions de la péritonite puerpérale qui sont celles de toutes les péritonites suppurées.

6° SEPTICÉMIE PUERPÉRALE A FORME LENTE OU RAPIDE.

On a donné différentes raisons de la rapidité d'évolution de la septicémie puerpérale. Les uns ont rattaché la septicémie aiguë non suppurée, foudroyante, à une infection par la voie veineuse (phlébite puerpérale), et rapporté la septicémie aiguë suppurée (pyohémique) dont le développement est tardif et plus lent, à une infection lymphatique donnant lieu aux formes localisées.

D'autres auteurs, considérant que dans la septicémie puer-

pérale le streptocoque existe toujours dans le sang, mettent en relief la virulence du microbe et son pouvoir de multiplication, suivant le terrain et la force du sujet d'une part, suivant la qualité intrinsèque du microbe d'autre part.

La phlébite infectieuse des veines utérines et péri-utérines, considérée comme point d'origine généralement admis dans l'infection sanguine, peut elle-même donner lieu à des accidents d'ordre différent.

Le streptocoque qui a pénétré le caillot phlébitique peut passer directement dans la circulation; il pullule alors dans le liquide sanguin en mouvement et peut se fixer en certains points des parois vasculaires; en amas il peut déterminer de petites embolies capillaires.

Mais un caillot sanguin lui-même peut se détacher; les complications qu'il détermine sont relatives à la fois à son volume et à sa septicité; grâce à son volume, il forme embolie dans un vaisseau de calibre plus ou moins grand et détermine par ce fait des symptômes immédiats plus ou moins graves; de par sa septicité il est la cause de phénomènes inflammatoires consécutifs qui aboutissent à la suppuration.

a) La septicémie aiguë non suppurée commence le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement par un frisson unique très intense, une grande et rapide élévation de température; le pouls très rapide devient vite irrégulier, la dyspnée est extrême, la face livide, violacée, la langue sèche et rouge, les gencives fuligineuses, le ventre est peu distendu, les

vomissements peuvent manquer, l'urine est rare, albumineuse et la malade a une diarrhée noire très fétide.

La mort rapide survient au bout de trente-six, quarante-huit heures, trois jours au maximum, dans le coma, sans qu'on ait trouvé trace de localisation. L'autopsie est négative et c'est par l'analyse bactériologique du sang qu'on fait le diagnostic.

A côté de cette forme foudroyante il en est une autre, un peu moins rapide, qu'on a qualifiée de forme typhoïde à prédominance de symptômes tantôt ataxiques, tantôt adynamiques.

b) Dans la forme suppurée, pyohémique, le frisson initial, plus tardif, ne survient guère que le cinquième jour, et peut ne se montrer que le quinzième et au delà.

D'abord les phénomènes généraux existent seuls : fièvre avec exacerbations vespérales et frissons successifs, peau sèche, visage plombé, langue rouge, diarrhée abondante, urine rare et albumineuse. Souvent existe après quelques jours une rémission trompeuse, puis la fièvre s'accroît et devient continue.

Après un nombre de jours variant de huit à quinze, survient une seconde période d'abcès multiples et de complications qui peuvent envahir tous les points de l'économie ; ce sont : pleurésie purulente, infarctus et abcès du poumon, endopéricardites, endocardite ulcéreuse, abcès dans les glandes qui dépendent du système digestif, abcès de la parotide, du foie, de la rate, infarctus et abcès multiples des reins, phlegmon périnéphrétique, phlébite suppurée des sinus,

suppuration des méninges, abcès cérébraux et médullaires, arthrites suppurées, abcès du tissu cellulaire et abcès ostéopériostiques, escharres au niveau des régions saillantes, etc.

Il faut y ajouter les lésions que l'on trouve aux organes génitaux, point de départ de l'infection : abcès des ligaments larges, pus dans les sinus utérins et dans les trompes.

II

Traitement de l'infection puerpérale.

Pour combattre l'infection puerpérale, bien des moyens ont été essayés; leur succès dépend souvent de la promptitude avec laquelle ils sont mis en œuvre, nous allons les passer rapidement en revue et arriver ainsi au sujet qui nous intéresse spécialement.

1° TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Le traitement général accompagne toujours le traitement local; il a pour but de placer la femme dans les meilleures conditions possibles pour lutter avec succès contre la maladie. Il consiste à soutenir les forces par les toniques, l'alcool, le champagne, le café, l'éther, les injections de sérum... Les antiseptiques intestinaux tels que le benzonaphtol, le salicylate de bismuth... un léger purgatif, sont un moyen très efficace de prévenir ou de faire cesser les troubles digestifs. Ils pourront parfois servir au diagnostic en supprimant des malaises qui avaient pu être attribués à un commencement d'infection. Les anciens accoucheurs administraient un ipéca (1) dès le début des accidents.

(1) HERVIEUX, 1870.

On combat l'élévation de température par les antipyrétiques, les sels de quinine, l'antipyrine... Les bains froids, employés surtout à Lyon, ont eu de bons résultats; ils sont donnés à des températures s'abaissant progressivement de 28° à 18° et renouvelés toutes les trois heures, tant que la température paraît vouloir se tenir sans rémission à 40°. M. Olivier Macé présentait dernièrement à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, la relation de trois cas traités par cette méthode. Deux des malades avaient guéri par ce procédé.

Nous ne pouvons passer sous silence les efforts qui ont été faits pour combattre l'agent infectieux de la fièvre puerpérale.

Depuis longtemps on a remarqué que les suppurations provoquées superficiellement avaient parfois une influence heureuse sur l'évolution de certaines phlegmasies profondes ou difficilement accessibles, c'est ce qui fit longtemps la vogue des sétons, des vésicatoires à demeure...

M. Fochier (de Lyon), à la Société obstétricale de France, en avril 1892, proposa le traitement de la fièvre puerpérale par la provocation d'abcès superficiels à l'aide d'injections hypodermiques d'essence de térébenthine. Le pus ainsi formé ne contiendrait pas de micro-organismes, et l'abcès perdrait ses propriétés curatives lorsqu'il s'ouvrirait. Aussi M. Fochier espace-t-il ses injections suffisamment pour avoir toujours des abcès non ouverts. M. A. Karczewski (1) publiait dernièrement dans le *Przegląd chirurgiczny*, l'observation d'une femme traitée heureusement de cette façon. Cette

1) *Przegląd chirurgiczny*, tome II, zezit 2, 1894.

médication est peu usitée jusqu'à ce jour; que l'amélioration obtenue provienne de la formation dans l'organisme d'une antitoxine ou bien que ces abcès par la formation de phagocytes arrêtent et fixent les microbes qui circulent dans l'organisme, empêchant ainsi la généralisation de l'infection, cette médication ne peut être employée que dans les cas où le streptocoque ne jouit pas de toute sa virulence, car les cas graves ont une évolution trop rapide pour que l'on puisse attendre la formation d'un abcès.

Nous n'avons pas qualité pour parler des travaux entrepris dans ces derniers temps sur l'antitoxine de la suppuration streptococcique et sur l'application de cette substance au traitement des affections puerpérales. Nous ne pouvons que nous associer aux vœux qui sont faits pour la réussite d'une méthode qui a fait entrevoir de si grandes espérances.

Que dire des injections intra-veineuses de sublimé? Ce traitement est préconisé en Allemagne par M. Bacelli (1); il en injecte des doses croissantes de 1 à 5 milligrammes par jour. Bien que l'auteur ait foi en cette médication qui lui aurait donné de bons résultats, elle n'a pas rencontré beaucoup de partisans.

2° TRAITEMENT LOCAL.

Arrivons maintenant aux moyens thérapeutiques locaux.

Au début des accidents et quelquefois comme moyen prophylactique chez une femme dont l'asepsie n'a pu être

(1) *Centralblatt für Gynäkologie*, 22 septembre 1894.

obtenue avant l'accouchement, on pratique l'injection intra-utérine. Le liquide employé varie suivant les accoucheurs.

Nous ne pouvons intervenir dans le débat qui occupe les spécialistes sur l'opportunité de cette médication. Rejetée par certains auteurs allemands tels que Schröder, qui considère l'injection intra-utérine comme dangereuse et d'une efficacité très minime, cette intervention a donné à la plupart des accoucheurs français des résultats satisfaisants. Employée sous la forme continue par MM. Pinard et Varnier, elle constitue un puissant moyen de désinfection utérine, en même temps qu'elle est un moyen très efficace d'abaisser la température.

Nous ne parlerons pas du drainage de l'utérus inutile maintenant. Lorsque le placenta s'est resté dans l'utérus, il est ou peut devenir une cause d'infection et l'on cherche à l'en tirer. Le procédé employé est l'extraction digitale, autrefois usitée par A. Paré et Moriceau. L'extraction par les pinces est aujourd'hui complètement abandonnée en France.

La maladie ne cède pas toujours à ces interventions et il faut songer à d'autres moyens.

L'écouvillonnage de l'utérus tel qu'il est pratiqué par M. Doléris avec une solution de glycérine créosotée, a rendu des services. Mais si les accidents infectieux existent depuis quelques jours et ont une certaine intensité, le curettage instrumental seul permettra à la fois d'extraire le délivre putréfié et de détruire en tous points la

muqueuse infectée. Ces moyens thérapeutiques ne constituent guère que le traitement préventif de la fièvre puerpérale, selon l'expression de M. Tarnier. Les injections, le curettage, tout cela est destiné à juguler la maladie dès son éclosion.

III

De l'opportunité de l'ablation de l'utérus.

Par quel moyen arrivera-t-on à se rendre maître de l'affection ?

Faudra-t-il compter simplement sur les forces de la malade, et attendre sa guérison de la résistance plus ou moins grande qu'elle opposera à l'intoxication septicémique. C'est ce que font beaucoup d'accoucheurs qui alors n'emploient plus que les médications générales dont nous avons parlé précédemment.

Dans plusieurs cas des interventions locales sont encore tentées. On répète le curettage qui peut être heureux si l'insuccès du premier tient à ce qu'il n'a pas été complet. Si des abcès se sont formés, on les ouvre soit par la voie abdominale, soit par le vagin. S'il y a péritonite, on fait le lavage du péritoine après laparotomie.

Ces interventions n'amèneront la guérison que si l'utérus lui-même est peu atteint et si la fièvre est due plutôt à l'abcès ou à la péritonite qu'à la métrite.

C'est pour nous maintenant le moment d'aborder la question de l'hystérectomie.

Cette opération toute moderne a donné d'excellents résultats quelle que soit la cause pour laquelle elle ait été effectuée. Dans les mains de nos maîtres en chirurgie elle est devenue une opération toujours grave sans doute au point de vue de ses conséquences particulières, mais bénigne et curative la plupart du temps.

Dans quel cas les chirurgiens proposent-ils l'ablation de l'utérus ?

Lorsque le tissu utérin subit une altération irrémédiable occasionnant une gêne continuelle, comme dans le cas de fibrome, ou compromettant de plus la vie de la femme par suite de la malignité des éléments néoformés dans le cas de cancer par exemple.

Lorsque l'utérus est le siège de névralgies rebelles.

Lorsqu'il existe des lésions bilatérales des annexes, rebelles aux traitements ordinaires, surtout si à ces lésions s'ajoute encore une rétroversion utérine.

Lorsqu'il existe une grossesse extra-utérine ayant occasionné des inflammations pelviennes.

Lors d'une perforation (1) ou d'une rupture utérine (2) amenant des phénomènes infectieux.

Si l'on se reporte à la description que nous avons reproduite des lésions macroscopiques de l'utérus dans la métrite puerpérale grave, on voit que tout l'organe est intéressé; il ne s'agit pas de lésions superficielles, mais de lésions pro-

(1) *Société d'anatomie et de physiologie normale de Bordeaux*, 16 février 1891.

(2) *BROSSARD. Ruptures utérines*, 1890.

fondes, que ni les lavages ni la curette n'ont pu atteindre.

La paroi utérine entière est malade, la muqueuse est détruite, les fibres musculaires se désagrègent, et, dans l'épaisseur du tissu utérin, les vaisseaux veineux et lymphatiques sont gorgés de pus.

On ne peut guère entrevoir la guérison dans ce cas-là.

Les annexes participent à l'infection, et en admettant que les lésions qu'ils présentent soient susceptibles de guérir, toute fonction ultérieure est bien compromise.

Si l'on admet donc que l'utérus infecté non seulement ne guérira pas, mais que sa présence devient une menace formelle de mort pour la malade, qu'il est tout aussi nuisible au reste de l'organisme, que ces maladies telles que la gangrène, le sarcome, l'épithéliome pour lesquelles le chirurgien n'hésite pas à enlever soit un membre, soit un organe, on peut se demander pourquoi l'on n'aurait pas la même conduite vis-à-vis de la métrite puerpérale totale.

Si les organes voisins sont intacts, si le péritoine n'est pas infecté, si des foyers secondaires d'infection ne se sont pas encore montrés. Si enfin l'utérus et ses annexes sont seuls en cause, leur ablation ne devient-elle pas un dernier et unique moyen de guérison.

Le rejet d'une pareille intervention ne peut provenir que de l'incertitude des résultats, ou d'une difficulté particulière de l'opération?

Mais lorsque l'on a épuisé sans succès la liste des moyens conservateurs que nous avons énumérés, la femme, si elle est livrée à elle-même, est pour ainsi dire condamnée.

Dans le cas de cancer de l'utérus, la malade n'est-elle pas presque fatalement vouée à la récurrence? on opère cependant parce qu'il y a quelque chance de succès. Il doit en être de même dans le cas de lésions graves de l'utérus et des annexes de la femme dans l'état puerpéral, puisque l'opération radicale est la seule chance de survie.

Certainement l'hystérectomie devient ici d'un manuel opératoire plus délicat. L'utérus est très friable, il a pu contracter des adhérences intimes avec les organes voisins, il est souvent très vasculaire, il peut remonter assez haut dans l'abdomen et si l'opérateur choisit la voie vaginale les difficultés peuvent augmenter. Mais avant de parfaire les indications et de préciser le mode d'intervention, examinons les observations de malades à qui cette opération a été pratiquée.

IV

Observations.

Les chirurgiens qui ont pratiqué les premières hystérectomies, ont eu pour ainsi dire la main forcée. Il s'agissait de femmes chez qui il y avait rétention placentaire et infection. On ne pouvait enlever le placenta ni par le doigt ni par la curette, soit que l'orifice cervical fût trop étroit au moment de l'intervention, soit que le placenta fût retenu dans les cornes d'un utérus bifide. Pour l'enlever un seul moyen : la voie abdominale, une opération césarienne. L'opérateur pratiquait la laparotomie, incisait l'utérus et, devant l'énormité des lésions que présentait celui-ci il n'hésitait pas à l'enlever. L'opération césarienne se changeait en un Porro.

Tel est le cas des observations publiées par MM. Schulze et Skutsch (d'Iéna), M. Roosemburg (de La Haye).

L'hystérectomie fut pratiquée intentionnellement contre l'infection puerpérale par M. Bouilly en France, par MM. Goldsborough et Hanks de (New-York), par M. A. Sippel (de Berlin). Nous ne serions pas complets si nous ne citions pas les trois observations d'hystérectomie tentées pour des cas de suppuration péri-utérines post-puerpérales et rela-

tées dans la thèse de M. Synéphas. De ces trois opérations deux furent faites par M. Nélaton, l'autre par M. Broca.

Voici les observations; nous les avons fait suivre des remarques qu'elles ont inspirées à leurs auteurs.

OBSERVATION I

Amputation du corps de l'utérus par laparotomie pour rétention du placenta et septicémie puerpérale; guérison. Relation faite à la section gynécologique du cinquante-neuvième congrès des médecins allemands à Berlin, par M. SCHULTZE (d'Iéna) (1).

M. Schultze rapporte un fait qui, pour lui, est propre à étendre les indications d'ablation de l'utérus par laparotomie de la façon la plus avantageuse. Il a pratiqué cette opération avec succès le sixième jour après l'accouchement pour septicémie puerpérale consécutive à la rétention placentaire.

M^{me} S..., âgée de 21 ans, accoucha, le 7 décembre 1886, d'un fœtus de 7 mois, récemment mort. Le placenta ne se décolla pas, le cordon fut rompu, le médecin, appelé quelques heures après, ne put, par suite de l'étroitesse du col, atteindre le placenta.

La malade fut reçue à la clinique. Le col était si étroit que même dans une profonde anesthésie, un doigt seulement pouvait le franchir, et, d'autre part, l'utérus était légèrement bicorne sur une faible étendue près de son fond.

(1) *Centralblatt für Gynækologie*, 1886, n° 47, p. 765.

La tentative de détacher par ce moyen le placenta déjà fétide dut être abandonnée. Malgré des injections antiseptiques fréquentes la septicémie progressive et la température atteignit 40°. Le 13 décembre, laparotomie : l'utérus a une teinte sale et n'est adhérent qu'à une seule anse intestinale placéé auprès de lui. Ouverture de l'utérus et enlèvement du placenta putréfié et d'odeur infecte. L'altération de la paroi utérine s'étend jusqu'à 2 millimètres au-dessous de la surface péritonéale, aussi se décide-t-on à pratiquer l'amputation, qui est faite immédiatement. La surface de section dans le col même paraît suspecte d'altération, aussi on s'abstient de rentrer le moignon dans le ventre et on le suture à la paroi.

Pas de péritonite à la suite; du pédicule partent deux légères bandes de gangrène qui s'étendent à la paroi abdominale, mais qui ne tardent pas à se limiter.

L'accouchée entre en convalescence.

Schultze pense que la section césarienne simple pour enlever le placenta putréfié qui ne sort pas par les voies naturelles, aussi, bien que l'amputation d'un utérus qui est profondément infecté, est plus souvent indiquée qu'on ne croit.

Il précise ainsi les indications :

1° On a dû reconnaître une source continue d'infection de l'utérus pour laquelle on ne peut intervenir efficacement par les voies naturelles ;

2° Il faut qu'on ait reconnu que dans l'utérus se trouve l'unique source d'infection menaçant de mort ;

3° Il faut exclure les cas où il y a des foyers centraux d'infection septique, tels que thromboses, embolies. Si on considère qu'actuellement 11,000 femmes meurent tous les

ans en Allemagne d'infection puerpérale, on pourra peut-être par ce moyen en sauver un certain nombre.

OBSERVATION II

Rétention placentaire et infection puerpérale; laparotomie; ablation de l'utérus; guérison, par SKUTSCH (d'Iéna) (1).

La malade, âgée de 21 ans, accoucha à sept mois d'un enfant mort. C'est en vain que le médecin, appelé plusieurs heures après, cherche à extraire le délivre, l'étroitesse du col s'y oppose. L'utérus était bicorne et contenait le placenta dans sa corne droite. De graves accidents septiques se déclarent.

Skutsch fit transporter la malade à l'hôpital et essaya sous le chloroforme de franchir le col sans pouvoir y réussir.

Il pratique alors la laparotomie, extrait le placenta putréfié, mais comme la totalité de l'utérus était infectée, il l'enleva ainsi que les annexes. Traitement extra-péritonéal du pédicule. Guérison complète sans accident.

OBSERVATION III

Extirpation totale vaginale de l'utérus pour une rétention placentaire avec putréfaction; guérison, par M. ROOSEMBURG (de La Haye) (2).

La malade, âgée de 24 ans, avait accouché normalement et à terme deux fois et fait un avortement au sixième mois; cette

(1) *Centralblatt für Gynækologie*, n° 1, p. 12, 1888.

(2) *Nederland tijdsch. v. Geneesk.*, n° 21, 1889.

fois le détachement du placenta fait par la sage-femme avait présenté quelques difficultés, l'utérus fut curetté.

Le 24 mars 1889, nouvel avortement au quatrième mois; dans les tentatives que fit la sage-femme pour enlever le délivre, le cordon se rompit et le placenta resta dans l'utérus.

Immédiatement après l'avortement, la femme eut un frisson avec fièvre intense à la suite; comme les accès fébriles se répétaient chaque jour et devenaient plus violents, que les lochies semblant peu abondantes devenaient fétides et que l'état de la malade empirait à vue d'œil, on appela le 20 mars le Dr Roosemburg.

Etat actuel : Malade au lit, le facies presque hippocratique, le pouls très petit à 120°, ventre ballonné; on sent l'utérus sous l'ombilic; la vulve et le vagin sont souillés par un sang noir et infect. Le lendemain, la malade rentre à l'hôpital, température 41°,5, pouls à 130°, respiration 40; la malade se plaint de dyspnée.

Après désinfection du vagin et de la cavité utérine, Roosemburg cherche à pénétrer avec le doigt dans la cavité utérine. L'orifice utérin, entouré d'une paroi épaisse et peu élastique, ne laisse pénétrer avec peine que deux doigts. On ne parvient pas à sentir le placenta. Craignant une déchirure du col il s'abstient de chercher à pénétrer plus avant dans l'utérus. Désinfection énergique, tamponnement à la gaze iodoformée. Dans la nuit, la température tombe à 37°, le pouls reste à 124, mais on a le lendemain matin, avec des frissons, 40°,3, pouls 132, respiration 44; le tampon est enlevé, l'orifice externe du col ne s'est pas dilaté, une tentative pour enlever le placenta avec la grande curette de Volkmann échoue complètement. Nouvelle désinfection et tamponnement. La température persiste et monte à 40,5, pouls 145. Le lendemain matin, le ventre était fortement ballonné, nausées. Lorsque Roosemburg eut l'impression que la malade ne pouvait résister vingt-quatre heures de plus, il pratiqua, avec l'assentiment de la malade, l'extirpation totale par le vagin. Après l'ablation de l'utérus,

il place dans la partie inférieure de la cavité péritonéale de la gaze iodoformée et dans le vagin un gros tampon imbibé de glycérine iodoformée. L'opération a duré une heure.

Après l'opération, grogs, boissons alcooliques. La température après l'opération était de 41°,9, tombe le soir à 37°,5 et le pouls à 112. La température restant normale, la fréquence du pouls tomba bientôt à 92. Dix jours après les ligatures étaient éliminées et quatorze jours après l'opération la malade pouvait se promener dans la salle.

Immédiatement après l'opération, l'utérus fut examiné. A la première incision sur la face postérieure de l'utérus, qui ouvre le péritoine et la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine, on note une extrême fétidité. Une deuxième incision faite dans l'épaisseur du placenta amène dans l'intérieur de la cavité utérine. Le placenta est très fortement adhérent, d'aspect noirâtre et horriblement fétide. Dans différents points on peut y reconnaître du pus.

L'auteur voudrait dans des cas semblables opérer l'ablation de l'utérus toujours par le vagin, et de plus, il est d'avis, comme dernière ressource, qu'on doit pratiquer l'hystérectomie dans les cas de septicémie puerpérale où la première désinfection utérine n'a pas donné de résultat, où le diagnostic est devenu certain par un début de péritonite et où les rapports du pouls et de la température font poser un diagnostic défavorable.

OBSERVATION IV

Hystérectomie cinq jours après l'accouchement pour métrite puerpérale; guérison, par M. GOLDSBOROUGH (de New-York) (1).

La malade, Mrs. S..., se présenta à terme et donna naissance à un enfant en bonne santé, le 8 décembre 1891. C'était une primipare âgée de 34 ans et bien portante. Le travail fut naturel et on ne fit que quelques examens, chaque fois après s'être frotté les mains et les ongles tant avant qu'après. Il n'y eut pas d'hémorragie, le placenta sortit sous une légère expression quinze minutes après environ, et après une minutieuse observation je ne découvris aucune déchirure des organes génitaux tant externes qu'internes. Son état resta normal environ soixante-quinze heures après l'accouchement, moment où elle fut saisie par un frisson intense qui dura plus d'une heure. Je la vis trois ou quatre heures après, alors que la température était de 104°,5 Farenheit et le pouls à 120°. Elle avait un facies anxieux et déprimé. Il n'y avait pas de douleur abdominale ni de nausées, mais un mal de tête intense; l'abdomen restait plat, les lochies s'étaient supprimées et il n'y avait qu'un écoulement légèrement sanieux et odorant. Sensibilité extrême de l'utérus à la pression. Mes premiers efforts de traitement furent dirigés vers l'utérus : lavages phéniqués avec la sonde en gomme, larges doses de sulfate de quinine (40 grains par jour), phénacétine à la dose de 10 grains d'heure en heure. La température descendit à 103° Farenheit. J'obtins la liberté de l'intestin grâce à 5 grains de calomel et de carbonate de soude que j'administrai à la malade. Cataplasmes constamment appliqués sur l'abdomen. J'obtins une légère amélioration par ce

(1) *New-York medical Journal*, 18 février 1893.

traitement, mais, comme je le crains maintenant, ces symptômes d'amélioration me masquèrent l'état véritable de la malade.

J'appelai bientôt (le quatrième jour de la maladie) en consultation le Dr Steele : les conditions générales étaient plus mauvaises, l'utérus laissait échapper un écoulement fétide, noirâtre, et la sensibilité était plus grande. A l'examen au spéculum on trouve le col gros, congestionné, d'une couleur bleu noirâtre, recouvert d'un exsudat membraneux très adhérent. On ne peut le détacher en masse et il laisse derrière lui une surface saignante. Cet exsudat remplit également le vagin et souille la vulve. Température 105° Fahrenheit, pouls à 130, prostration extrême, facies anxieux et déprimé, langue chargée et sèche, soif intense, tympanisme abdominal, pas de vomissements, pourtant urine fréquente. De fréquentes évacuations alvines ont suivi l'administration du calomel.

On enlève les masses membraneuses avec l'eau oxygénée, dont on irrigue l'utérus et le vagin et on fait des lavages constants de l'utérus avec l'eau phéniquée. La phénacétine est continuée. Une issue fatale semble s'annoncer et je me résous à télégraphier au Dr Kelly, de l'hôpital Johns Hopkins, afin de pratiquer l'hystérectomie.

Le Dr Kelly vint le lendemain à une heure. Déjà une pleurésie septique s'était déclarée et la malade semblait entrer dans le collapsus final quand on pratiqua l'opération.

Opération. — Une incision de 15 centimètres fut faite au niveau de la ligne blanche; les intestins distendus qui pouvaient embarrasser pendant l'opération furent retenus par une compresse de gaze stérilisée, pendant que l'utérus gros, ramolli, pâteux, profondément injecté, était maintenu hors de l'abdomen par un lien en caoutchouc passé autour du col. L'utérus, les ovaires et les trompes furent sectionnés au-dessus de la ligature, enlevant ainsi la totalité du corps septique avec les ovaires augmentés de volume et les trompes. Des soins extrêmes furent pris pour empêcher tout écoulement utérin

de pénétrer dans le péritoine lorsque l'utérus fut sectionné. Le moignon cervical fut cautérisé avec le thermo-cautère Paquelin, que tenait le Dr Steele; il fut suspendu dans l'angle inférieur de la plaie entre les lèvres de l'incision, et le péritoine pariétal fut attaché de toutes parts au péritoine du moignon, afin de le séparer de la cavité abdominale fermée de toutes parts sans drainage; délaissant ainsi une méthode plus dangereuse, qui consiste à laisser les ligatures constrictives placées sur le moignon rentrer dans la profondeur.

Les sutures péritonéales furent laissées longtemps dans le but de maintenir le moignon et d'éviter sa rentrée dans l'abdomen.

Une légère ouverture fut laissée dans l'angle inférieur de la plaie, conduisant jusqu'au moignon, et fut pansée à la gaze iodoformée. Il n'y avait ni péritonite ni adhérences, les ligaments larges du côté droit présentaient un cordon rouge vif semblant être un vaisseau lymphatique, aussi volumineux que le petit doigt. Les deux ovaires étaient tuméfiés, l'utérus gros et infiltré partout, présentait des espaces nécrosés où le tissu musculaire était complètement désagré.

Suites opératoires. — A la suite de l'ablation de ce grand foyer septique, un mieux marqué se manifesta rapidement; la température était normale dans l'heure suivante et le pouls battait 120. Le pouls battit entre 120 et 130 les trois jours suivants et la température oscilla entre 100° et 102°,5 Fahrenheit. Pas de vomissements, ni de tympanisme, ni de douleur. Pas de frisson non plus dans les cinq jours suivant l'opération. Un petit abcès se forma à l'un des points de suture, ce qui amena de la douleur localisée à cet endroit et un peu de température: le pouls était à 140. L'abcès se vida le huitième jour et les symptômes cessèrent. La guérison fut retardée par l'apparition d'une phlegmatia qui, partie de la jambe gauche, gagna la cuisse puis le membre inférieur droit le jour suivant. Dans l'espace de trois ou quatre semaines, des ligatures furent expulsées et sans autre complication la malade recouvra une

santé complète. Quatre mois après, elle avait repris sa vie habituelle. Aujourd'hui, un an après l'opération, elle jouit de la meilleure santé, n'ayant eu, comme suite de son opération, qu'un petit abcès abdominal bientôt guéri.

OBSERVATION V

Amputation supra-vaginale d'un utérus puerpéral septique; guérison, par A. SIPPEL (1).

Une femme IIIpare est accouchée spontanément le 10 août 1892. En présence d'une hémorragie abondante, et le placenta ne venant pas, un médecin intervint pour faire la délivrance manuelle.

Suites de couches fébriles. Le 20 août, dix jours après l'accouchement, nouvelle hémorragie abondante et syncope. Un second médecin fut appelé qui trouva un utérus volumineux, le col perméable et dans sa cavité un morceau de placenta gros comme le poing, fétide. On en fit l'extraction, suivie d'injection d'eau phéniquée faible. A la suite, écoulement purulent persistant, fièvre, état général de plus en plus mauvais.

Au moment où Sippel est appelé, il constate une anémie profonde. Dès qu'on relève la tête de la malade, elle vomit et se trouve mal. Lèvres pâles, dyspnée. Pouls à peine perceptible à 134 pulsations. Ventre ballonné, non douloureux; pas de péritonite. L'utérus dépasse la symphyse de trois à quatre travers de doigt; il est peu sensible, mais mou. Col facilement perméable à un doigt. Ecoulement abondant d'un liquide brun, purulent sur la surface utérine, en particulier au fond et à la paroi antérieure, on sent des lambeaux de placenta. On ne trouve pas de grosse masse, mais des petits débris.

(1) *Centralblatt für Gynækologie*, 14 juillet 1894.

Température variable entre 38°,8 et 40°.

Avec l'ongle du doigt on débarrassa aussi bien que possible l'intérieur de l'utérus. Mais à la moindre pression le doigt s'enfonçait dans la couche musculaire et en enlevait des parcelles, tant elle était altérée. Dans ces conditions, il ne fallait pas songer à la curette tranchante. Injection intra-utérine et tamponnement iodoformé.

Il s'ensuivit une diminution de la fièvre, de l'écoulement et une amélioration de l'état général. Injections intra-utérines trois fois par jour. Malgré les bons résultats immédiats, le pronostic demeurait incertain. Le muscle utérin était très altéré, il ne s'agissait donc plus d'une lésion superficielle; le processus septique était plus profond. Bien que cette altération du muscle pût être attribuée à l'action des produits sécrétés dans la cavité utérine plutôt qu'à la pénétration de germes pathogènes, il n'en était pas moins vrai que la paroi utérine altérée jointe à l'anémie profonde de la femme, ne devait pas pouvoir réagir rigoureusement contre l'envahissement de l'infection. Même des microbes d'une virulence faible devaient sortir triomphants de cette lutte inégale. Ces réserves étaient justifiées. La température remonte dès le lendemain. Les injections intra-utérines étant devenues douloureuses durent être abandonnées et l'écoulement reparut avec son caractère sanieux. Le 25 août, la température est à 39°,7, pouls petit, impossible à compter. Diarrhée septique. Malade apathique et faible. Le paramétrium et le péritoine demeuraient indemnes.

Dans ces conditions, il ne restait comme dernière ressource qu'à enlever le foyer d'infection, c'est-à-dire l'utérus.

Sans cette intervention la malade était perdue sûrement; le résultat de l'opération était hypothétique, mais c'était en somme l'unique chance de salut, tous les autres moyens ayant échoué.

Après avoir consulté le mari, la femme fut transportée à la clinique le 26 août et opérée.

Le médecin traitant, persuadé que la malade ne survivrait pas à l'intervention, refusa d'y assister.

On donna peu de chloroforme. Le ventre incisé, on fit basculer l'utérus au dehors, et un lien élastique fut placé aussi bas que possible. A ce moment l'abdomen fut suturé définitivement. Le pédicule et la paroi de l'abdomen furent protégés par de la gaze stérilisée et l'utérus excisé. Le pédicule fut essuyé avec une solution phéniquée au dixième, puis touché au thermo-cautère. La gaze stérilisée fut enlevée, la plaie tamponnée avec de la gaze aseptique fraîche et le tout, y compris le pédicule, recouvert d'un mélange de tanin et d'acide salicylique (Kaltenbach).

Le résultat fut inespéré. Le jour même, l'état général fut meilleur. L'appétit revint et les forces augmentèrent. Pendant plusieurs jours, il y eut encore 39° le soir, puis tout rentra lentement dans l'ordre. La femme quitta la clinique après six semaines et aujourd'hui, après vingt mois, elle se porte bien.

L'utérus enlevé était mou et friable, un peu plus ferme vers le col. A l'intérieur la surface était recouverte d'un liquide sirupeux, sanguinolent, fétide; la surface elle-même était d'un gris-brun et cette coloration s'étendait assez loin dans la profondeur du muscle. Au fond et sur la paroi antérieure se trouvaient des débris placentaires fortement adhérents, dont le plus gros ne dépassait pas un pois. Les trompes étaient saines.

En dehors des cas où comme dans l'observation présente, l'hystérectomie se trouve indiquée par un état infectieux nettement localisé dans l'utérus avec rétention de débris placentaires, et après échec des moyens curatifs ordinaires, il existe, dit l'auteur, une autre forme de maladie puerpérale pouvant dans certaines circonstances indiquer l'hystérectomie, à savoir la forme de phlébite purulente affectant la marche de l'ancienne pyémie. Dans ces cas les streptocoques ne se développent que dans les thrombus. La muqueuse utérine et presque toute la paroi est saine. Les accidents

graves résultent de ce que les foyers de culture ainsi développés dans le thrombus se déversent de temps en temps dans la circulation. Cette forme de maladie puerpérale est presque toujours mortelle.

En présence de frissons constamment répétés, d'une aggravation progressive de l'état général, l'auteur, dans ces cas, enlèverait l'utérus.

Il ne suffirait pas alors de faire l'amputation supravaginale. L'utérus serait enlevé par le procédé de Freund, puis il faudrait suivre les veines spermatiques internes et utérines et réséquer autant que possible tout ce qui serait malade.

OBSERVATION VI (*inédite*) (1)

Hôpital Cochin, service de M. le D^r BOUILLY.

La malade, N... (Joséphine), âgée de 21 ans, paraît jouir d'une constitution moyenne; elle entre à l'hôpital le 7 mars 1893. Elle a fait deux avortements antérieurs, l'un à sept mois, l'autre à six mois; pas d'antécédents syphilitiques. La malade raconte avoir pratiqué des manœuvres abortives. Si l'on en croit son dire elle aurait perdu les eaux depuis quatre jours. Les forces sont conservées, l'état général satisfaisant. Le bassin est normal, le col dilatable comme deux francs, les membranes sont rompues, le liquide amniotique est fétide. La température est à 38°,4. Injections chaudes antiseptiques.

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de M. GIRESSE, alors interne dans le service.

L'état reste stationnaire pendant deux jours, la température oscille autour de 38°, les urines ne contiennent pas d'albumine.

Dans la nuit du 9 au 10 mars, six jours par conséquent après l'écoulement du liquide amniotique, à deux heures du matin la femme expulse un fœtus macéré de 5 mois, le placenta ne se décolle pas et est laissé dans l'utérus. Injection intra-utérine.

Le 10 mars, à la visite du matin, délivrance artificielle par M. Bouilly au moyen de la curette. Injection intra-utérine, la température retombe à la normale.

Du 10 au 11 mars, la malade va bien.

Le 11 mars au soir la température remonte à 39°.

Le 12 mars la température atteint 40°, l'état général s'altère, le pouls est à 112° la bouche devient fuligineuse, pas d'albumine. Injection intra-utérine, sulfate de quinine.

Du 12 au 17 mars, l'état reste stationnaire, on fait toutes les quatre heures des injections intra-utérines de permanganate ou de sublimé.

La température restant élevée malgré les injections, le Dr Bouilly pratique l'hystérectomie vaginale le samedi 17 mars, à quatre heures du soir.

L'opération ne présente rien d'anormal, les hémorragies sont toutefois un peu plus abondantes qu'à l'ordinaire.

Pendant l'opération on a pu s'assurer de l'intégrité du péritoine du petit bassin, l'utérus gros ramolli se déchire facilement, il présente un aspect grisâtre sanieux et horriblement fétide, il reste encore des lambeaux de placenta sphacelés et extrêmement adhérents au tissu utérin.

A la suite de cette intervention, la température tombe, mais l'état général reste aussi mauvais. Prostration, langue sèche, fuliginosités, pouls à 120°.

La malade s'affaiblit peu à peu et meurt le 21 au soir sans avoir présenté aucun accident du côté du péritoine. L'autopsie n'a pu être faite.

M. le Dr Bouilly croit que si cette opération n'a pas eu le résultat qu'on pouvait espérer, cela est dû à l'époque tardive où elle a été faite; il est persuadé que dans un cas semblable en intervenant plus rapidement, alors que les forces de la malade ne sont pas trop affaiblies, on arrivera à la sauver.

OBSERVATION VII

Infection puerpérale; lésions doubles des annexes; laparotomie, ablation de l'utérus; guérison, par le Dr H. T. HANKS (1). (*Société de Woman Hospital*, neuvième congrès annuel, 16-17 janvier 1894.)

Il y a une classe de cas dans lesquels je crois qu'on doit enlever l'utérus en même temps que les annexes. Je veux parler des cas d'infection suivant l'avortement ou l'accouchement lorsque l'on est moralement sûr qu'il y a pyosalpinx et qu'en même temps l'utérus est infecté. Dans ces cas-là, après avoir ouvert l'abdomen et retiré les annexes malades on doit aussi enlever l'utérus. Dans une circonstance observée par moi, je trouvai les deux trompes remplies de pus, un ovaire s'était abcédé, l'utérus avait deux fois son volume normal et semblait clairement infecté.

J'enlevai les annexes et l'utérus et l'opération fut couronnée de succès. L'examen des pièces indiqua bien que l'utérus était justifiable d'une ablation, car il contenait plusieurs foyers purulents, les veines étaient gorgées de pus et en un point où il y avait des restes de caduque l'utérus avait commencé à subir une dégénérescence maligne qui avait été probablement

(1) *American Journal of obstetrics*, février 1894.

la vraie cause de la fausse couche au lieu du traumatisme, cause suspectée.

Si donc j'avais connu l'état complet de l'utérus avant d'opérer, j'aurais été encore plus fortement convaincu de la nécessité de son ablation.

Les trois observations qui suivent ont rapport à des hystérectomies post-puerpérales qui nous intéressent moins; nous avons cru utile de les rapprocher des précédentes, dans le but de mieux envisager l'ensemble de la question et d'en tirer des conclusions plus fermes.

Ici la gravité de la métrite source première d'infection, n'a pas obligé le chirurgien à intervenir d'urgence; les foyers infectieux se sont localisés autour de l'utérus, attirant toute l'attention et masquant les lésions propres de cet organe. L'intervention une fois décidée, on se trouve en face de la désagrégation complète du tissu utérin qui n'offre aucune prise à la pince. Peut-être les malades auraient-elles bénéficié davantage d'une intervention plus hâtive? En tout cas le chirurgien aurait eu à vaincre moins de difficultés tenant à la fixité des adhérences, et à la friabilité plus grande du tissu utérin.

OBSERVATION VIII

M. BROCA. (Thèse de M. SYNÉPHIAS.)

Femme B..., âgée de 35 ans, entrée le 9 septembre 1892, hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Pas de maladies antérieures.

Réglée à 15 ans, toujours bien.

Mariée à 25 ans, elle a eu sept grossesses.

Première difficile, terminée par forceps sans fièvre consécutive.

Deuxième, troisième et quatrième accouchements, pénibles.

En 1889 et 1890, deux accouchements avant terme.

Le début de l'affection actuelle remonte au septième accouchement fait par une sage-femme, le 3 août 1892.

Trois jours après s'est déclarée la fièvre avec chaleurs, sueurs, frissons et écoulement du pus par le vagin. On ordonne chaque jour trois injections vaginales.

Le vingt-cinquième jour une tumeur se déclare dans le côté gauche du ventre et, finalement, le 9 septembre, trente-six jours après l'accouchement, la malade entre à l'hôpital. Actuellement elle est en proie à une fièvre élevée, teint terreux, et tout le cortège symptomatique d'une suppuration péri-utérine.

Au palper, on trouve une tumeur qui remplit et dépasse la fosse iliaque gauche. Au toucher, on constate l'effacement des culs-de-sac gauche et postérieur.

Les jours suivants, malgré les injections au sublimé, le curetage et le drainage de la cavité utérine, la fièvre oscillait entre 38°, 39° et 40°.

Finalement, voyant que l'état général de la malade devenait de plus en plus inquiétant et que la tumeur augmentait de volume, sans que la fièvre diminuât, le 7 novembre M. Broca fit l'hystérectomie vaginale, non sans grande difficulté, hystérectomie au cours de laquelle l'intestin fut incisé. Il draina le vagin à la gaze iodoformée. Le troisième jour de l'opération, les matières fécales sortirent par le vagin, l'état fébrile oscillait entre 38° et 39°; la malade succomba ainsi à la fin de novembre.

OBSERVATION IX

M. NÉLATON. (Thèse de M. SYNNEPHIAS.)

H... (Antoinette), 19 ans, entrée le 16 novembre, salle Richard-Vallace, lit n° 7.

Cette fille entre dans le service trois semaines après un avortement fait à trois mois environ.

Son état général est grave, température entre 38°,5 et 39°,5, facies abdominal; ventre extrêmement douloureux.

Au palper bimanuel on trouve une tuméfaction inflammatoire qui entoure et immobilise complètement l'utérus.

L'intervention est décidée et exécutée le 21 novembre. On commence l'hystérectomie vaginale qui n'est point terminée en raison de la friabilité de l'utérus. Mais avec le doigt introduit derrière et au-dessus de l'utérus on ouvre toutes les poches qui l'entourent. Elles donnent issue à une abondante quantité de pus.

La malade se rétablit rapidement, dès le lendemain de l'intervention la fièvre disparut, mais la malade accusa pendant deux ou trois mois encore des douleurs dans le flanc gauche.

Revue le 10 août 1894. Son état général est excellent. Elle ne ressent aucune douleur. Les règles sont normales et sans douleurs. Mais au palper bimanuel on sent une tuméfaction de la trompe gauche du volume d'une mandarine. Revue au commencement d'octobre 1894, la jeune femme est aussi bien que possible et on ne retrouve plus la tuméfaction de la trompe gauche.

Nous revoyons la malade le 1^{er} décembre 1894 : l'état général ne laisse rien à désirer; nous trouvons la femme en pleine période menstruelle; ses règles ont toujours été régulières

depuis l'opération; elles ne sont précédées ni suivies d'aucune douleur. Etat local très satisfaisant; on trouve à peine des traces de l'affection ancienne.

OBSERVATION X

M. NÉLATON. (Thèse de M. SYNNEPHIAS.)

E... (Melina), 37 ans.

Antécédents héréditaires : mère morte à 59 ans d'une péritonite. Père asthmatique. Six enfants dans la famille, tous en bonne santé.

Antécédents personnels : rien à noter dans l'enfance.

Réglée à 12 ans et demi. Menstruation toujours régulière et sans douleur.

Mariée à 20 ans, elle eut un enfant à 21 ans : accouchement normal, enfant vivant.

Deuxième enfant, deux ans après sans accidents post-puerpéraux. Enfant en bonne santé actuellement.

Troisième enfant, treize mois après : couche normale, enfant vivant.

Quatrième enfant, trois ans plus tard : aucun accident à signaler, enfant bien portant.

Cinquième accouchement normal, six ans après, enfant en bonne santé.

Le sixième accouchement eut lieu deux ans et demi plus tard, et tout se passa normalement; l'enfant est aujourd'hui âgé de 4 mois.

C'est peu de temps après son dernier accouchement — la malade ne peut préciser l'époque exacte — qu'elle commença à éprouver des douleurs dans le bas-ventre, douleurs qui s'exaspéraient surtout pendant la marche et qui la forcèrent à

s'aliter pendant un mois, sans cependant cesser de souffrir : la fièvre qui s'était allumée dès le début se maintenait, une sensation de faiblesse et de grande courbature se faisait sentir. Transportée à l'hôpital Tenon dans un service de médecine elle y est soignée pendant trois semaines pour une grippe; devant l'aggravation de l'état général et la persistance de la fièvre on eut l'idée de pratiquer le toucher vaginal. On constate alors la présence d'un bombement induré, tendu, douloureux et chaud, dans le cul-de-sac postérieur : en présence de ces signes physiques et généraux on fit transporter la malade dans un service de chirurgie, le 19 juin.

La malade était à ce moment dans un état des plus graves. Elle avait le facies abdominal, le teint d'un blanc mat, la langue sèche. La température oscillait entre 38°5 et 40°.

A l'examen on constatait par le palper bimanuel, que l'utérus était encadré et immobilisé par une tuméfaction inflammatoire qui bombait surtout dans le cul-de-sac postérieur en y formant une forte saillie. Cette tuméfaction inflammatoire indiquait certainement la présence d'un foyer remplissant une grande partie de l'excavation pelvienne. Une intervention s'imposait : M. Nélaton décida de pratiquer l'hystérectomie vaginale et entreprit cette opération le 21 juin.

Il incisa d'abord le cul-de-sac postérieur et donna aussitôt issue à une quantité considérable de pus. Puis continuant son opération, il incisa la muqueuse vaginale circulairement autour du col et dégagea celui-ci de son adhérence à la vessie. A ce moment, comme l'utérus ne se laissait point abaisser il commença le morcellement et enleva le col après avoir placé deux pinces de Péan sur les artères utérines. Le col enlevé il essaya de continuer le morcellement et put encore à grand'peine extirper une portion d'utérus, ce qui donna issue à un nouveau foyer, mais à partir de ce moment, toutes les fois qu'il essaya de placer une pince à traction sur le corps utérin le morceau se détacha, et après une dizaine de prises de morceaux utérins qui se détachèrent dès qu'ils furent saisis, M. Nélaton, voyant

qu'il ne pouvait obtenir l'ablation du fonds de l'utérus y renonça, introduisit ses doigts en arrière de l'utérus aussi haut que possible, perfora encore deux foyers en ce point et ne trouvant plus de saillie péri-utérine, estima que toutes les collections purulentes étaient évacuées. Après un lavage des foyers vidés fait à l'eau boriquée, des mèches de gaze iodoformée furent introduites dans ces poches de manière à tamponner et à servir de drains.

En un mot, l'hystérectomie ne fut que partielle, rendue impossible par la friabilité de la matrice, mais tous les foyers furent vidés.

La malade quitte l'hôpital le 10 août; son état est des plus satisfaisants; une pression assez forte sur le bas-ventre ne réveille aucune douleur. Le toucher vaginal reconnaît l'empreinte du bistouri dans le cul-de-sac postérieur, — cicatrice indolore. Les mouvements imprimés à l'utérus ne causent aucune gêne à la malade, bien que la matrice ne jouisse pas d'une mobilité absolue.

1^{er} décembre 1894 : Etat général excellent. Au point de vue génital, les règles sont un peu plus fréquentes et un peu plus abondantes, sans douleur prémenstruelle ni post-menstruelle. Elle exerce sans fatigue sa profession de blanchisseuse.

V

Opinions diverses.

Il nous a paru intéressant de rechercher les articles où l'opportunité de cette opération a été discutée et de relater ici à côté des observations d'ablation d'utérus, les opinions émises à ce sujet par quelques chirurgiens et accoucheurs.

Voici d'abord une discussion qui date du 8 mai 1890; elle eut lieu à la Société obstétricale et gynécologique de Paris. M. Pajot donne connaissance d'une observation de M. Klopatski. Il s'agit d'une femme Vpare accouchée à terme par une sage-femme qui lui avait administré une forte dose de seigle ergoté. L'accouchement fut suivi de rétention placentaire et d'infection putride, les moyens ordinaires furent employés mais sans succès pour rompre l'adhérence du placenta. L'auteur fait quelques réflexions au sujet de ce cas et termine en disant : « Puisque ni les doigts ni la curette ne peuvent vider l'utérus, ne vaut-il pas mieux recourir à l'opération de Porro? dans un cas si compliqué comment faut-il agir? »

M. PAJOT: La question posée à la Société par M. Klopatski à la suite de son intéressante observation, me paraît très sérieuse; dans un cas pareil, où tout échoue, je crois qu'on est en droit de penser à une pareille intervention.

M. BONNAIRE. Schultze (d'Iéna) a fait l'opération de Porro pour un cas identique et la malade a survécu.

M. PAJOT. Le renseignement donné par M. Bonnaire est d'un puissant intérêt. Par principe, et par mon âge, je suis opposé aux opérations graves, mais je comprends très bien qu'en pareil cas on puisse y avoir recours.

M. BUDIN. Etant interne à la Maternité, j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme qui était morte d'hémorragie; un cotylédon placentaire se trouvait tellement adhérent que je ne pus le séparer de l'utérus qu'avec le tranchant du scalpel. Dans des cas de ce genre, un ou deux cotylédons ne pouvant être détachés, je me suis efforcé d'enlever la plus grande partie possible du tissu placentaire. Pour y réussir on pétrit entre les extrémités des doigts tout le tissu des cotylédons, on détache ainsi peu à peu les villosités jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine. Il ne reste alors qu'une plaque très peu épaisse de tissu placentaire, il est facile de faire ensuite l'antisepsie de la cavité de la matrice. Mais si l'observation dont parle M. Pajot est une observation d'adhérence totale du placenta, les choses sont un peu différentes.

M. CHARPENTIER. C'est dans ces cas d'adhérences partielles ou totales qu'en Allemagne et en Amérique on pratique le curage, tellement complet qu'on arrive jusqu'au tissu musculaire, ce dont on est averti par un cri particulier produit par l'instrument sur le tissu utérin.

M. PAJOT. Tout le monde est d'accord sur ce point pour l'avortement. Il y a trente ans que j'ai inventé une curette pour extraire le placenta dans l'avortement. On curera à quatre mois et demi, cinq mois; mais s'il s'agit d'un placenta à terme, je dis qu'on n'arrivera pas à l'enlever complètement avec une curette. On ne sait pas si on cure sur le placenta ou sur l'utérus à terme, le tissu utérin ne crie pas; on fait encore mieux avec les doigts. La question est celle-ci : quand une femme a un placenta qu'on n'a pu enlever par aucun des moyens usités en pareil cas, doit-on faire l'opération de Porro ?

Quant à moi je prendrais l'avis de plusieurs confrères et je proposerais l'opération; c'est évidemment une décision qu'on ne peut prendre seul.

M. GUÉNIOT. La solution est difficile, parce que les cas sont rares. Voyant une femme menacée de mort par hémorragie, sans être complètement délivrée, je retirai la plus grande partie que je pus du placenta; la femme mourut et à l'autopsie on trouva une petite perforation; le reste du placenta était très adhérent. Pour le cas de M. Budin, pétrir est très bien, mais ce doit être difficile. D'autre part, dans ces cas d'adhérence si forte, le placenta ne se putréfiera pas tout de suite; il ne commencera qu'au bout de plusieurs jours seulement. L'introduction d'une curette comme celle de Dolbeau ne pourrait avoir de danger, mais je n'irai pas jusqu'au muscle, et avec les injections ensuite on pourrait sauver la malade. Quand il y a indication de l'opération de Porro, il est bien tard pour la faire avec fruit et c'est au contraire une décision qu'il faudrait prendre de bonne heure.

M. CHARPENTIER. M. Pajot a mal interprété ma pensée. Je suis de son avis; on doit d'abord essayer tous les moyens possibles avant d'avoir recours à une opération aussi grave; mais parmi tous ces moyens, pour enlever un placenta à terme, il y a la curette; et si je ne réussissais pas avec la curette je penserais à l'opération de Porro. Mais je crois que la curette, maniée prudemment, me donnerait de bons résultats.

M. GUÉNIOT. Il faut distinguer les cas; la question de l'opération de Porro ne peut se poser que pour les cas de fusion intime entre le placenta et le tissu utérin; pour les autres, je préfère la curette et les injections.

M. DOLÉRIS. Quant au choix entre l'opération de Porro et la curette, je n'hésiterai pas à employer la curette. L'opération de Porro est un peu expéditive et prématurée, quand il reste des moyens qu'on n'a pas tentés. Je ne vois pas pourquoi on n'entamerait pas l'adhérence placentaire avec la curette. Les classiques ne sont pas assez explicites à cet égard; ils ne nous disent

pas si c'est le tissu placentaire qui entre dans le tissu utérin ou si c'est le tissu utérin qui entre dans le tissu placentaire. On énuclée aussi les fibromes; je crois que ces deux cas peuvent se comparer au point de vue opératoire.

M. PAJOT. J'ai vu à la Clinique un cas que plusieurs ici peuvent se rappeler : un placenta tellement adhérent sur toute sa surface qu'avec aucun instrument (pinces, curettes) je ne pus parvenir à le détacher de l'utérus; la femme mourut de septicémie, et sur le cadavre, on ne pouvait arriver avec le scalpel, à en opérer la séparation d'avec l'utérus, tant il y avait de fusion intime entre les deux tissus. Du moment qu'on ne peut arriver à rien avec le scalpel sur le cadavre, que nous fait l'histologie, nous apprendra-t-elle à séparer ce qui est inséparable la pièce sous les yeux et le scalpel à la main !

M. BONNAIRE. Je suis de l'avis de M. Pajot; je fus témoin à la Clinique du fait suivant : Dans le service de M. Tarnier, on essaya de détacher un fragment de placenta avec une curette, on ne put y réussir, la femme mourut et on ne put le séparer sur le cadavre. L'utérus à terme ne crie pas sous la curette.

M. DOLERIS. Si l'on décrète si facilement l'opération de Porro, on l'appliquera à des cas pour lesquels on aurait pu s'en passer.

Les *Archives de tocologie et de gynécologie* de février 1892 publient une étude clinique de MM. MAYGRIER et DEMELIN sur l'avortement multiple et en particulier sur l'avortement gémellaire. On lit à la suite de deux observations de femmes ayant eu un avortement gémellaire à cinq mois et ayant succombé à la septicémie consécutive à la rétention placentaire :

Nous voudrions cependant faire ici une remarque que nous suggèrent les cas néfastes que nous avons relatés plus haut (observations VIII et IX). Lorsqu'on est appelé, alors que la rétention d'un placenta gémellaire ou trigémellaire dure depuis plusieurs jours, quand la femme est en proie à la septicé-

mie la plus grave et profondément infectée, quand enfin le col est infranchissable pour la main, la dilatation, qui demande toujours un certain temps et l'extraction ne nous semblent offrir qu'une bien faible chance de vie.

De même le curage de l'utérus nous paraît illusoire : il serait impossible d'enlever complètement avec la curette un délivre aussi gros, sans parler des adhérences intimes si fréquentes dans l'avortement.

L'opération de Porro dans de pareilles circonstances nous semble rationnelle. Nous pensons qu'elle serait indiquée de même en dernier ressort dans les cas malheureux dont nous parlons, et qu'en supprimant l'utérus, foyer d'infection, elle offrirait à la femme quelques chances de salut.

M. DOLÉRIS critiquant le travail que nous venons de citer dit à ce sujet : « L'utérus entier c'est peut-être beaucoup, mais quelle meilleure critique, en somme, de ces curettages tardifs qui se ramènent simplement à gratter derrière l'ennemi la place où il a passé. »

M. RIBEMONT-DESSAIGNE dans son *Précis d'obstétrique* parle ainsi de l'hystérectomie pour infection puerpérale. « Cette intervention, qui a donné quelques succès, ne serait vraiment rationnelle que si l'on pouvait enlever l'utérus, source d'infection, avant que les micro-organismes, partis de là, ne se soient déjà répandus dans toute la circulation lymphatique ou veineuse. »

Assistant dernièrement au cours de M. le Dr VARNIER, à la clinique Baudelocque, nous l'avons entendu dire que peut-être l'ablation de l'utérus serait utile dans les cas graves d'infection utérine, mais que cette opération n'était guère entrée dans la pratique.

VI

Indications et contre-indications.

Nous n'avons pas la prétention de résoudre un débat aussi important. De l'analyse des observations et des discussions qui précèdent nous avons cru pourtant devoir dégager un ensemble de faits capables d'indiquer ou de contre-indiquer l'intervention radicale et de préciser le mode d'intervention abdominal ou vaginal qui sera préférable suivant le cas.

Indications.

1° INDICATIONS DE L'OPÉRATION.

Nous avons déjà vu que l'opportunité de l'ablation de l'utérus tirait sa force de l'insuffisance reconnue des autres médications locales ou générales, et que l'infection continuant, la seule chance de salut était l'extirpation du foyer infecté, source lui-même d'infection. Cette ablation de l'utérus, juste en théorie, est-elle pratique? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative et cela en face des observa-

tions qui nous montrent la guérison des malades après l'intervention radicale (8 sur 10), faite le plus souvent sans grosses difficultés, ainsi que nous le verrons plus tard à propos des incidents propres à l'opération.

Donc nous posons dès maintenant les indications principales qui peuvent se résumer à la constatation des quatre points suivants :

- 1° L'infection utérine ;
- 2° Infection limitée à l'utérus et à ses annexes, intégrité des organes voisins ;
- 3° Pas d'infection sanguine ;
- 4° Inefficacité des moyens de traitement par les voies naturelles.

De l'infection sanguine. — Il est un moyen clinique de s'assurer de cette infection, c'est l'examen bactériologique du sang (microscope et cultures). Nous considérons cet examen comme absolument nécessaire avant toute discussion opératoire ; en effet, aucun des cas où le streptocoque a été trouvé dans le sang ne s'est terminé par la guérison. Le Dr Ettlinger a signalé le pronostic fatal qui s'attache à la présence du streptocoque dans le sang et les prévisions heureuses qu'apporte la constatation de son absence. Il est des cas en particulier où l'infection terminée par la mort est restée cantonnée dans les organes génitaux, ces cas sont précisément justifiables de l'ablation. L'observation suivante vient à l'appui de notre dire.

Infection puerpérale; mort; pas d'infection sanguine (1).

(Observation xiv de la thèse de M. ETTLINGER. — *Résumé.*)

X..., 35 ans, cuisinière, entrée le 22 octobre dans le service du Dr Duguet, trois jours après une fausse couche. Malgré l'injection intra-utérine, l'état s'aggrave.

1^{er} novembre : Tous les signes de péritonite.

3 novembre : Mort.

Autopsie : Péritonite généralisée fibrino-purulente, utérus et annexes très altérés; petit épanchement de liquide louche dans la plèvre droite; pas de lésions importantes des autres organes.

Deux examens du sang, l'un fait pendant la vie, l'autre dix heures après la mort, n'ont pu déceler la présence du microbe pathogène.

Trente heures après la mort, le streptocoque n'a pas été trouvé dans les viscères.

L'auteur conclut ainsi : « La mort n'est donc pas toujours le résultat d'une affection générale ». Il semble, d'après cette observation, que si l'on était intervenu après l'échec des lavages intra-utérins, entre le 22 octobre et le 1^{er} novembre, la malade aurait pu être sauvée. »

Dans l'observation xv du même travail, la terminaison fut mortelle, et le sang trouvé intact, mais ce cas est moins probant, parce qu'il n'y a pas eu autopsie.

L'observation vii de la thèse de Vidal est encore un

(1) *Etude sur le passage des microbes pathogènes dans le sang.* Paris, 1893.

exemple d'infection puerpérale ayant amené la mort avec des lésions purement locales.

2° INDICATIONS DU MOMENT DE L'INTERVENTION.

La nécessité de cette ressource suprême étant reconnue, toute la difficulté réside dans la perception du moment précis de l'intervention, il est évident que ce moment doit être rapidement saisi par le chirurgien, sous peine d'un retard très préjudiciable à la malade.

L'intervalle qui sépare le curettage, toujours indiqué primitivement, de l'ablation de l'utérus, peut être plus ou moins long et dépend de la gravité des symptômes. Pour bien apprécier alors l'état de la malade, il est important de connaître les phénomènes qui ont précédé. On recherchera les antécédents génitaux de la femme, les manœuvres séptiques cause de l'infection, la marche de l'expulsion du fœtus, les incidents et complications de la délivrance, en particulier s'il y a eu rétention placentaire totale ou partielle. On s'informera ensuite de la date d'apparition des premiers symptômes fébriles, révélateurs de la septicité utérine, de leur intensité, de leur persistance, de leurs oscillations et de leurs rémissions sous l'influence des traitements locaux et généraux. On devra s'enquérir aussi des phénomènes qui ont précédé le curettage et l'ont rendu obligatoire. On observera donc la reprise, la continuation ou la recrudescence de la fièvre malgré les lavages, l'allure aiguë bien nette ou subaiguë de l'infection à ce moment,

afin de pouvoir juger après le curettage de la matrice, de l'amélioration passagère ou persistante amenée par cette opération.

Nous voici donc au curettage ; là s'arrêterait jusqu'à présent l'effort tenté par les chirurgiens pour arrêter l'infection. Il suffit parfois au début de l'affection ou dans les cas bénins, c'est que la muqueuse utérine était seule atteinte par le streptocoque et le curettage a enlevé et balayé hors de l'utérus la muqueuse altérée et les microbes qu'elle contient, permettant aux applications antiseptiques de former à nouveau une barrière infranchissable pour les germes. C'est là le premier degré de l'altération puerpérale, la première étape du streptocoque dans l'envahissement des tissus.

Mais par contre le curettage est insuffisant. Le tableau clinique met bien en lumière cette insuffisance ; les mêmes phénomènes qui ont marqué le peu de succès des lavages intra-utérins et fait décider le curettage, aggravés seulement et rendus plus nets par leur intensité, vont nous conduire à l'intervention radicale. Ce sont : la réapparition, la persistance ou l'exacerbation de la fièvre, l'élévation de la température, la fréquence et la petitesse du pouls, les frissons, la dyspnée, l'aggravation progressive de l'état général, le facies utérin, la réapparition d'écoulements fétides sanieux par le vagin.

L'hystérectomie répond en somme à la même indication expresse que le curettage : l'ablation d'un foyer d'infection. Seulement ici ce foyer est plus étendu, plus profond, il a pénétré la fibre musculaire et n'est plus accessible aux

antiseptiques placés dans la cavité utérine; il n'est plus seulement intra-muqueux, il est parenchymateux ou mieux intra-musculaire, c'est le second degré de l'altération puerpérale, la deuxième étape de l'infection dans la profondeur de l'organe.

On conçoit ainsi combien les malades peuvent profiter d'un curettage fait à propos, avant que la lésion ait dépassé la muqueuse; dans le cas contraire, il n'est plus qu'une ressource et le chirurgien doit y songer, c'est l'hystérectomie.

Au point de vue anatomo-pathologique, les autopsies des malades qui ont succombé, montrant les altérations du muscle utérin, les lymphangites utérines, les phlébites des sinus et des veines péri-utérines qui ont transporté le streptocoque dans le sang, lésions qui n'ont pu être influencées par le curettage si rigoureux qu'il ait été, sont la meilleure preuve de la nécessité à un moment donné d'un procédé radical; elles montrent la troisième phase locale du processus infectieux. Peut-être à ce moment est-il encore temps d'intervenir, si l'infection sanguine n'est pas consommée et si on ne trouve pas dans le sang le streptocoque, en extirpant avec l'utérus les veines thrombosées; ainsi que le propose A. Sippel dans les réflexions qui suivent son observation (observation v).

Telles sont les idées générales qui nous semblent devoir éclairer le chirurgien sur le moment où il doit opérer.

Il est des cas particuliers où le choix de l'hystérectomie paraît devoir être encore plus rapide et plus précis. Ces cas

sont ceux de rétention placentaire persistante totale ou partielle, complication fréquente et souvent cause d'accidents graves qui réclament plus vite une intervention radicale. Cette gravité spéciale ne doit pas étonner si l'on considère que la nécrose des lambeaux placentaires favorise l'infection une fois le germe importé dans l'utérus par l'obstacle qu'elle apporte à la désinfection de la cavité utérine.

Si l'on se reporte à la discussion qui eut lieu à la Société obstétricale et gynécologique le 8 mai 1890, on voit qu'il est des cas de fusion tellement intime entre le placenta et le tissu utérin qu'il est difficile de les séparer même sur la table de dissection et le scalpel en main (cas de MM. Budin, Pajot, Bonnaire). A cette observation de M. Budin qu'il faut pétrir le cotylédon fusionné pour le détacher, M. Guéniot répond que cette manœuvre doit être bien difficile et que l'opération de Porro se pose pour le cas de fusion aussi complète.

La rétention placentaire persistante doit donc faire hâter l'intervention.

On peut distinguer dans les cas de rétention, trois modes cliniques qui conduisent tous les trois au procédé d'ablation. Ou bien le col est fermé et inextensible, ne permettant pas de sentir le placenta avec les doigts (observations I, II et III), empêchant le curage et la délivrance artificielle, ou bien le col est ouvert, mais le curettage n'arrive pas à débarrasser l'utérus des lambeaux adhérents (observations V et VI), ou encore le doigt placé dans l'utérus perçoit un défaut de consistance si grand du tissu utérin que l'on peut redouter la

perforation utérine en se servant de la curette (observation v).

A côté des formes aiguës, de l'infection utérine où la rapidité de l'intervention est un facteur important de succès, il est des formes lentes où l'opération ne s'impose qu'à une période tardive, tels sont les cas de suppuration pelvienne péri-utérine, relatés dans les observations viii, ix et x. Sippel parle aussi (observation v) d'une forme lente à phlébite purulente, où les foyers de culture développés dans le thrombus se déversent de temps en temps dans la circulation, déterminent des poussées fébriles et l'aggravation progressive de l'état général; dans ces cas, l'état peu alarmant de la malade justifie le retard apporté à l'opération; mais dès que la fièvre devient élevée et persistante, que l'on constate la présence d'un foyer bien net au voisinage de l'utérus, sans plus attendre il est indiqué d'intervenir.

3° INDICATIONS DU MODE D'INTERVENTION.

A ce point de vue, on s'inspirera surtout du cas particulier. Il existe deux modes de traitement qui répondent à des indications spéciales: l'ablation par la voie abdominale et l'ablation par la voie vaginale.

S'il s'agit d'une infection survenant après un accouchement à terme, si le volume de l'utérus est considérable et s'il retient en grande partie ou en totalité le placenta et les membranes, si de plus on est convaincu de la limitation exacte des lésions à l'utérus et à ses annexes, sans abcès

péri-utérins concomitants, on interviendra plus efficacement par laparotomie, on fera de préférence un Porro, comme il est relaté dans les observations I, II, IV et V.

Le Dr Hanks étend plus loin le champ de l'hystérectomie abdominale, ainsi qu'on a pu le voir dans l'observation VII. Il est d'avis d'enlever par l'abdomen l'utérus en même temps que les annexes dans les cas d'infection suivant l'avortement ou l'accouchement quand il y a coïncidence de pyosalpinx avec l'utérus infecté.

M. Sippel (observation 5) entrevoit la possibilité d'une intervention abdominale plus complète dans les formes lentes à une période plus éloignée du début de l'infection; il propose dans le cas de phlébite purulente des veines utérines et péri-utérines, d'enlever non seulement l'utérus, mais les veines thrombosées en suivant le plus loin possible leur trajet. L'utérus serait enlevé par le procédé d'hystérectomie abdominale totale de Freund et il ne suffirait pas de faire l'amputation supra-vaginale (*loc. cit.*).

Dans les cas d'avortement aux premiers mois où l'utérus infecté est peu élevé, peu volumineux, si l'utérus de volume moyen ne retient que des débris placentaires, si l'infection a gagné les annexes et le tissu péri-utérin, si l'utérus est immobilisé par des adhérences, l'hystérectomie vaginale (observations III, VI, VIII, IX et X) semble indiquée. La friabilité de l'utérus et la solidité des adhérences déjà organisées qui peuvent amener les hémorragies et même la perforation intestinale augmentent les difficultés opératoires si l'on intervient tard.

Il nous reste un mot à dire des opérations faites dans un temps plus éloigné de l'expulsion du fœtus. Dans ces cas, l'infection s'est localisée principalement dans le tissu péri-utérin (observations viii, ix et x), ou bien a pris la forme de phlébite purulente affectant la marche de l'ancienne pyémie (Sippel, observation v).

L'élytrotomie donnant issue au pus et vidant les foyers amènera la cessation des accidents (1) ; mais si l'utérus continue à être source de septicité et que d'autres foyers se reforment, si d'autre part l'utérus par sa présence empêche le libre écoulement du pus et favorise sa rétention, on sera bien forcé de recourir à l'hystérectomie.

Contre-indications.

1° PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE.

Elle est évidemment une contre-indication formelle. Elle peut survenir d'emblée, mais souvent secondaire, elle indique que les lésions ont atteint et dépassé la coque péritonéale de l'utérus et des annexes. L'envahissement du péritoine se traduit par un changement brusque de la scène morbide (douleurs violentes envahissant tout l'abdomen, facies péritonitique, vomissements verts porracés...), la péritonite imprime à la maladie son caractère particulier absorbant à son profit toute la symptomatologie.

(1) Thèse de Synnéphias, 1894.

M. Roosemburg se basant sur le succès d'une hystérectomie vaginale totale faite à la dernière extrémité, alors que la malade n'avait plus vingt-quatre heures à vivre (*loc. cit.*, observation III), propose d'attendre pour opérer le début de la péritonite. Nous ne saurions être de cet avis et nous croyons avoir montré qu'il est indispensable d'intervenir dès que le curettage ou à son défaut les moyens possibles de désinfection ont été reconnus insuffisants.

2° INFECTION GÉNÉRALISÉE.

La septicémie généralisée peut exister à tous les moments de l'infection; bien que plus souvent consécutive, elle peut cependant se produire d'emblée avant toute localisation sur les organes génitaux.

Nous avons vu l'importance de l'examen bactériologique du sang pour la dépister et nous avons insisté sur la nécessité de cet examen. Nous ne rappellerons pas ici les signes propres à la septicémie généralisée, bien que leur ensemble puisse apporter la conviction dans l'esprit du chirurgien, nous croyons qu'ils ne peuvent être mis en comparaison pour la sûreté du diagnostic avec la recherche méthodique du streptocoque dans le sang.

3° AFFAIBLISSEMENT EXTRÊME DU SUJET.

Si la malade est arrivée, pour des raisons que nous n'avons pas à envisager, à la cachexie et à un état de faiblesse

extrême, le moindre choc opératoire ne pourrait qu'avancer le moment fatal. C'est affaire au chirurgien que de consulter la vitalité des divers organes, d'ausculter le cœur, de sentir le pouls, de juger le degré de congestion pulmonaire et des altérations rénales, d'apprécier en un mot les déchéances organiques de la malade et de mettre en balance la résistance du sujet et les difficultés opératoires.

VII

De quelques difficultés opératoires.

Les écueils principaux de l'ablation de l'utérus dans l'infection utérine puerpérale sont les hémorragies, les adhérences, la friabilité du tissu utérin, les dangers d'infection du péritoine.

1^o HÉMORRAGIES.

Les observations d'hystérectomie abdominale ne font pas mention que des hémorragies soient venues compliquer l'opération.

Dans l'hystérectomie vaginale, l'hémostase est plus pénible, surtout si les tissus sont friables, les pinces peuvent déraiper, ou la prise du tissu se déchirer. Pourtant il ne faut pas s'exagérer la fréquence de ces accidents si l'intervention est faite à son heure, et se souvenir que la raison d'être de l'ablation de l'utérus est non seulement utérus infecté, mais aussi tissus voisins sains non infectés et par conséquent encore résistants.

2° ADHÉRENCES.

L'opérateur doit craindre les adhérences, si celles-ci ont eu le temps de s'organiser, si l'opération est faite tardivement. Dans les formes d'infection rapide, elles n'ont gêné qu'une seule fois le chirurgien (observation 1). Il s'agissait d'une adhérence légère avec l'intestin qui a permis la séparation facile des deux organes. Tout au contraire, dans les observations viii, ix et x, l'utérus était immobilisé. M. Broca ne l'enlève qu'avec de grosses difficultés, et M. Nélaton est obligé de laisser en place le fonds de l'organe.

3° FRIABILITÉ DU TISSU UTÉRIN.

On connaît la friabilité spéciale de l'utérus gravide, elle est encore augmentée par l'infection. Elle est d'autant plus grande que celle-ci a progressé davantage. Aussi la crainte de cette complication mène-t-elle à l'indication d'une opération hâtive, cette friabilité commence à apparaître dans la couche musculaire située près de la muqueuse, elle pénètre ensuite les couches plus externes vers le péritoine. Ainsi, dans l'observation i, il restait à l'utérus, sous le péritoine, une coque de tissu musculaire consistant d'environ 2 millimètres qui a permis son extirpation d'une seule pièce par la voie abdominale.

La possibilité d'enlever l'utérus d'un bloc a bien sa va-

leur. On n'encourt pas ainsi les chances d'infection relative au morcellement d'un foyer infecté.

Dans l'hystérectomie vaginale tardive, l'opération est rendue beaucoup plus pénible par la friabilité de l'utérus, car les pinces ne ramènent rien, le tissu utérin se déchire, se réduit en bouillie et si l'on considère que sa surface externe et son fond en particulier sont le plus souvent adhérents dans ces mêmes circonstances, on s'explique comment le chirurgien est le plus souvent réduit à une ablation partielle (observation x).

4° DANGER D'INFECTION DU PÉRITOINE.

Nous voulons insister ici sur ce point important que dans l'amputation supra-vaginale il est indispensable de cautériser soigneusement la tranche de section utérine et d'éviter toute souillure du péritoine par le liquide et les débris contenus dans la cavité utérine.

CONCLUSIONS

1° Les traitements conservateurs dirigés contre l'infection puerpérale ne donnent jusqu'à présent que des résultats insuffisants, dans les cas où l'infection ayant dépassé la muqueuse s'est propagée au parenchyme, aux veines utérines aussi et aux lymphatiques profonds de l'utérus.

2° L'opération radicale, l'hystérectomie, en supprimant le foyer d'infection, paraît seule répondre à l'indication thérapeutique dans ces cas de métrite puerpérale totale.

3° L'intervention n'est naturellement applicable qu'aux cas où l'infection est limitée au corps utérin et aux annexes, la péritonite et l'état d'infection générale de la malade sont une contre-indication absolue à l'opération.

4° Les résultats satisfaisants obtenus jusqu'à présent par quelques chirurgiens doivent engager à tenter cette opération aussitôt que possible, dans les cas de septicémie utérine totale confirmée.

5° Dans les cas d'accouchement à terme, à cause de la friabilité des tissus et des difficultés qu'on peut rencontrer dans l'abaissement de l'utérus, nous croyons que la voie abdominale sera celle qui permettra davantage de mener à bien l'opération; la voie vaginale devra être réservée de préférence aux cas d'infection consécutive à un avortement survenu dans les premiers mois de la grossesse.

Vu : Le Président de la thèse,

PINARD.

Vu : Pour le Doyen,

L'Assesseur : POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- American Journal of obstetrics.*
Annales de gynécologie et d'obstétrique.
Annales de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.
Archives de tocologie et de gynécologie.
BASSET. — Thèse 1894.
BAUDRON. — Thèse 1894.
BROSSARD. — *Ruptures utérines*, 1890.
Centralblatt für Gynækologie.
DELBET. — *Des suppurations pelviennes*, 1894.
ETTLINGER. — *Etude sur le passage des microbes pathogènes dans le sang*. Thèse 1893.
HERVIEUX. — *Maladies puerpérales*, 1870.
MAYGRIER et DEMELIN. — *Etude clinique sur l'avortement multiple*, 1892.
Nederland. tijdsch. v. Geneesk.
Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie.
New-York medical Journal.
POZZI. — *Traité de gynécologie.*
Przegląd Chirurgiczny.
SIREDEY. — *Maladies puerpérales*, 1884.
SYNNÉPHIAS. — *Suppurations pelviennes*. Thèse 1894.
WIDAL. — Thèse 1889.

